Casuistische Beiträge

zu

traumatischen Neuro-Psychosen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 14. August 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Ferdinand Dieckmann

aus Gnarrenburg (Hannover).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Claus Ocker, Unterarzt.
- Dr. med. Curt Haverbeck, Unterarzt.
- Dr. med. Gerhard Meinhold.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535713_0241

Seinen teuren Eltern

in kindlicher Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit den auf dem Wege der Erschütterung und des Reflexes hervorgerufenen Schädigungen des centralen Nervenapparates ist in ihren Anfangsstadien noch nicht sehr alten Datums. Bekannt war freilich der Einfluss des Traumas auch auf das Nerven- und Gemütsleben schon längst; so finde ich z. B. in einem Werke vom Jahre 1782: Observations on the nature, kinds and prevention of insanity, lucany, or madness by Th. Arnold, M. D. unter dem Abschnitt: „Körperliche Ursachen des Wahnsinns" eine Notiz folgenden Wortlauts: „Dass Eindrückung oder Bruch des Hirnschädels und Erschütterung des Gehirns Ursachen von Druck und Reizung sein können, ist ebenfalls offenbar. Wir haben viele Beispiele, wo diese Zufälle den Wahnsinn veranlasseten." Dann werden einige Fälle von Sanctorius, Hoffmann und Schenk kurz erwähnt. In einem späteren Werke vom Jahre 1827: Observations on the causes, symptoms and treatment of derangement of mind by Paul Slade Knight, M. D., deutsch von stud. Engelken, findet sich unter „Ursachen des Irreseins" nur „Verlust eines Fusses oder tausend andere Begebenheiten, die durch den Krieg herbeigeführt werden", angegeben. An anderer Stelle sagt der Verfasser, der erfahrene Praktiker werde in den meisten Fällen den Sitz eines beträchtlichen körperlichen Übels entdecken, welchem höchstwahrscheinlich die Geistesstörung ihren Ursprung verdanke. In dem annähernd vierzig Jahre später erschienenen Werke: „Die Quellen des Irreseins und der Selbstmorde von Dr. Th. Plagge" (1861) finden wir bereits etwas genauere Angaben über Kopfverletzungen als Ursache zu Geistesstörungen, welch letztere schon als primär und secundär auftretend geschildert werden, doch werden diesem ursächlichen Momente ebenfalls nur wenige Zeilen gewidmet. Wenn also auch das

Trauma mit diesen seinen Folgen schon längst bekannt war, so scheint es einerseits doch, als sei die grosse Wichtigkeit desselben in den angeführten Schriften nicht recht erkannt oder wenigstens nicht genügend betont, andrerseits ist von einer wissenschaftlichen Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Ursache und Wirkung in ihnen keine Rede. Gewissermassen in eine neue Ära trat die Auffassung der traumatischen Neuro-Psychosen und damit das Interesse für dieselben durch die Studien und Arbeiten von Schlager, Skae, Krafft-Ebing, Erichsen, Leyden, Erb, Bernhardt, Westphal u. A., die in den sechziger und siebenziger Jahren d. J. die Aufmerksamkeit der Ärzte auf dieses bisher gewiss recht stiefmütterlich behandelte Gebiet lenkten. Vornehmlich waren es die bei Eisenbahnunfällen hervorgetretenen Verletzungen, welche im Vordergrunde des Interesses standen, zeitweilig auf Kosten der Verletzungen anderer Art, denen dem Erichsen'schen „Railway-spine" gegenüber nur ein recht bescheidener Platz zugewiesen wurde. Doch es bedurfte nur weniger Jahre, und sowohl die ewige Betonung des „Railway", als auch die Lehre von dem traumatisch afficierten „spine" musste einer besseren Erkenntnis weichen. Die rein spinale Theorie bekam schon durch die Arbeiten von Rigler (Über die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen etc., Berlin 1879), der das psychische Moment wenigstens nicht ganz negiert, mehr noch durch einen Vortrag von Moeli (Uber psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen, Berlin. Klin. Wochenschr. 1881, No. 2), der den psychischen Störungen die wichtigste oder doch eine wichtige Rolle zuerkennt, immerhin einen Stoss. „Hiermit war", wie Oppenheim sagt, „wenigstens die spinale Theorie in ihrer Alleinherrschaft bekämpft, der cerebrale Sitz der Krankheit wenigstens für eine Gruppe derselben demonstriert, und auch in ätiologischer Hinsicht dem psychischen Factor (dem Schreck, der Aufregung), der früher geringe Berücksichtigung fand, Gewicht und Bedeutung eingeräumt." Von deutschen Forschern waren es dann vor allem Thomsen und Oppenheim, von Ausländern Charcot, die mit immer grösserer Bestimmtheit, gestützt auf ein umfassendes Beweismaterial, den cerebralen Sitz der durch Verletzung und Erschütterung hervorgerufenen

Krankheitserscheinungen, sowie die functionelle Natur derselben, betonten. Speciell Charcot's Verdienst war es, dadurch, dass er mit steter Consequenz für die Herleitung sämtlicher diesbezüglicher Erscheinungen aus functionellen Störungen eintrat, dem Verständnis derselben, sowie ihrem Studium ganz neue Bahnen eröffnet zu haben, wenngleich er zunächst diese Neurose mit der Hysterie identificierte, wogegen Oppenheim den Satz aufstellte, dass sich der psychische Zustand dieser Kranken durch die andauernde melancholische Verstimmung von der gewöhnlichen hysterischen Psychose unterscheide, und grade für diese Behauptung werden auch die später heranzuziehenden Fälle ein nicht geringes Beweismaterial bilden.

Später hat Charcot selbst die Ansicht von der rein hysterischen Grundlage der traumatischen Neuro-Psychosen aufgegeben und letztere als Hystéro-Neurasthénie bezeichnet. Damit war dann der wesentliche Unterschied zwischen den Ansichten der Charcot'schen und der Westphal'schen Schule aufgehoben.

In der traumatischen Neurose können wir, wie u. a. auch Hartmann und Dubois klargelegt haben, nicht ein feststehendes, specifisches Krankheitsbild erblicken, sondern sie zeigt eine Gruppe von Erkrankungen, in der, wie Oppenheim sagt, „in der Mehrzahl der Fälle eine Combination von hysteriformen und neurasthenischen Erscheinungen beobachtet wird". Damit vereinigen sich häufig Symptome und Symptomgruppen, die zwar aus dem Rahmen der Hysterie und Neurasthenie heraustreten, aber ebenfalls auf functionelle Störungen zurückgeführt werden können; hierher gehören die Reflexepilepsie, Epilepsie und das grosse Heer der Psychosen, und namentlich im Hinblick auf letztere kann man mit Fug und Recht von Neuro-Psychosen sprechen; sind doch die Fälle, in denen es sich um eine reine Psychose oder um eine reine Neurose handelt, im Verhältnis zu den Mischformen nur gering an Zahl.

In diesem Sinne hat sich vor allem auch Hönig ausgesprochen, der eine Trennung macht zwischen traumatischer Hysterie, traumatischer Neurasthenie und solchen Krankheitserscheinungen, die ein Gemisch hysterischer, neurasthenischer und hypochondrischer

Symptome aufweisen, Erscheinungen, die man passend traumatische Neurose oder richtiger Psychose nennen könne.

Strümpell, der sich ebenfalls eingehend mit diesem Gegenstande beschäftigt hat, zeichnet das Zusammenwirken der verschiedenen psychischen Momente, die das Entstehen der traumatischen Neuro-Psychose hervorrufen, besonders klar, wenn er sich ungefähr folgendermassen ausspricht: „Hysterisch sind alle Erkrankungen, bei welchen Störungen der Beziehungen zwischen den körperlichen Vorgängen und dem Bewusstsein bestehen, und zwar in der psychischen Sphäre. Besteht nebenher noch eine leichte allgemeine Alteration der gesamten psychischen Sphäre, so entsteht das Bild der Neurasthenie. Beide sind also in gewissem Sinne psychische Störungen, welche oft auf geringfügige Anlässe hin bei bestehender Disposition auftreten. Bei der Ähnlichkeit der Krankheitsbilder müssen wir annehmen, dass die traumatischen Neurosen hysterische oder neurasthenische Krankheitsbilder sind, welche unter dem Einflusse der das Trauma begleitenden psychischen Eindrücke bei disponierten Individuen entstehen. Der Schreck, die Schmerzen durch das Trauma, die Sorge um die Existenz und der Wunsch und das Verlangen nach Entschädigung wirken hier mächtig ein.“

In demselben Sinne spricht sich Oppenheim aus, wenn er in der Abhandlung der Theorieen über das Wesen und die Genesis der traumatischen Neurosen sagt: „Für die Entstehung der Krankheit ist das physische Trauma nur zum Teil verantwortlich zu machen. Eine wichtige und in vielen Fällen selbst die Hauptrolle spielt das psychische: der Schreck, die Gemütserschütterung. Die Verletzung kann allerdings auch dort, wo eine äussere Verwundung nicht vorliegt, directe Folgezustände schaffen, die aber in der Regel keine wesentliche Bedeutung gewinnen würden, wenn nicht die krankhaft alterierte Psyche in ihrer abnormen Reaction auf diese körperlichen Beschwerden die dauernde Krankheit schüfe.“

Gerade in dieser Hinsicht erinnere ich mich eines Falles, in dem sich ein Arbeiter aus Verden beim Holzhacken, wenn ich nicht irre, mit einem Beile an der

Hand verletzt hatte, wodurch er zeitweilig arbeitsunfähig wurde. In dieser Zeit der Arbeitsunfähigkeit entwickelte sich bei ihm ein melancholischer Depressionszustand, der ihm seine Verletzung, die durchaus nicht im Verhältnisse stand zu der psychischen Einwirkung, so schwerwiegend erscheinen liess, dass er mehr und mehr teilnahmlos gegen die Aussenwelt wurde und schliesslich auf alle Fragen nach seinem Befinden nur noch die klagend hervorgebrachten Worte: „Meine Hand, meine Hand!“ zur Antwort hatte, bis er zuletzt seinen Tod in den Wellen der Aller suchte und fand.

Es kann nicht meine Aufgabe sein, eine genaue Schilderung der vielseitigen Symptome der traumatischen Neuro-Psychosen in dieser Arbeit zu geben, sind diese doch von berufenerer Seite, speciell in dem vorzüglichen Werke von Oppenheim über traumatische Neurosen zur Genüge charakterisiert. Ich muss mich daher darauf beschränken, eine kurze Übersicht über die Haupterscheinungen, im besonderen der psychischen Sphäre zu geben, da die später heranzuziehenden Fälle dieselben in mehr oder weniger grosser Vollständigkeit erkennen lassen werden.

Die ersten Krankheitserscheinungen pflegen sich in den weitaus meisten Fällen erst Tage oder gar Wochen nach dem Unfalle, oft ganz allmählich und kaum merklich, zu entwickeln. Um uns in Bezug auf die Reihenfolge der verschiedenen Symptome an Oppenheim anzuschliessen, klagt der Patient zuerst über Schmerz, sei es an der verletzten Stelle, oder der ganzen entsprechenden Körperhälfte, speciell in der Kreuz- und Rückengegend, sowie im Kopfe. Hierzu gesellt sich ein Gefühl von Unruhe, Aufregung, Schreckhaftigkeit und Angst, oft verbunden mit übermässigem Schwitzen; bei Steigerung dieses Erregungszustandes kommt es dann häufig zu einer allgemein hypochondrisch-melancholischen Verstimmung mit Schlaflosigkeit, Angstzuständen und einer sich stetig steigernden Reizbarkeit des ganzen Wesens. So bezeichnet Krafft-Ebing als besonders wichtiges diagnostisch bemerkenswertes Zeichen: „Die auffallende, oft progressive Gemütsreizbarkeit, die sich kaum bei einer anderen idiopathischen Psychose so ausprägt und in allen Stadien des Verlaufs so wiederfindet“. Diese

reizbare Schwäche kann sich steigern zu Wut- und Tobsuchtsanfällen, in denen vorher friedliche und harmlose Menschen zu für ihre Umgebung gefährlichen Individuen werden. Grade dies Symptom der Gemütsreizbarkeit werden wir in fast allen Fällen wiederkehren sehen, sie imponiert als das wesentliche Symptom der psychischen Störung.

Hand in Hand mit dem dauernden Zustande der Verstimmung geht ein immer mehr sich entwickelndes Schwinden alles Interesses für die Aussenwelt, der Patient ist vollkommen beherrscht teils von der Erinnerung an den erlittenen Unfall und den damit verbunden gewesenen Schreck, teils auch von drückenden Gedanken an die Zukunft und die durch den Unfall erlittene Schädigung. Daraus resultiert dann die so häufig zu beobachtende Menschenflucht und der Hang zur Einsamkeit, in der die Kranken sich ungestört ihren Grübeleien hingeben können, welch letztere nicht selten zu Conamina suicidii führen.

Der in dem ganzen Symptomencomplexe auch zu beobachtende Eifersuchtswahn ist fast immer mit Alcoholismus verbunden; Krafft-Ebing erwähnt allerdings in den Jahrbüchern für Psychiatrie, Heft 2—3, einen solchen Fall, bei dem Alcoholismus negiert werden musste. Daneben kommen Verfolgungs- und Grössenvorstellungen in der Form von Zwangsvorstellungen vor; einen solchen Fall beschreibt Séglas. Auch hallucinatorische Delirien hysterischen Charakters sind nicht selten.

Wenn auch die Intelligenz in vielen Fällen nicht leidet, so werden wir doch auch für das Gegenteil, wo es sich um Schwinden der Intelligenz bis zur völligen Demenz handelt, Belege beibringen können. So kann die Seelenstörung, in der sich als wesentlichstes Symptom Dementia entwickelt hat, wenn diese mit Epilepsie vergesellschaftet ist, wie Oppenheim sagt, „unter dem Bilde des epileptischen Äquivalents und des epileptischen Irreseins auftreten, wofür Westphal bereits Beispiele gegeben hat“.

Während Krafft-Ebing drei Formen von traumatischen Psychosen, primäre, secundäre und tertiäre, unterscheidet, haben sich verschiedene Forscher für die

einfachere Einteilung in primäre und secundäre entschieden. Es sind dies vor allem Hartmann, Schüle, Schüller, Guder u. A. Von dieser Einteilung ausgehend, sagt Hartmann in einer Abhandlung über Geistesstörungen (Archiv für Psychiatrie XV, 98 ff.): „Die primär traumatische Psychose schliesst sich unmittelbar an die durch das Trauma gesetzten Commotionserscheinungen an, erscheint entweder als primäre Demenz, oder aber als primäre Tobsucht oder Manie, periodisch oder continuierlich, oft mit Krämpfen. Das secundär traumatische Irresein trägt meist von vornherein den Charakter psychischer Schwäche, oder geht nach einem melancholischen oder manischen Vorstadium auffallend schnell ebenfalls in Demenz, meist mit paralytischem Charakter über. Die Prognose der letzteren ist nicht sehr günstig. Die Art und der Ort des Traumas sind nicht von Unterschied."

Hinsichtlich der nervösen Erscheinungen werden wir als überaus häufige Symptome einfaches Zittern, Schwindel- und Ohnmachtsanfälle meist in Verbindung mit Krampfzuständen finden. Manchmal werden gleichzeitig sensible und motorische Störungen durch das Trauma hervorgerufen. Wenn auch für einen Teil der motorischen Störungen die Schmerzen als Ursache herangezogen werden müssen, so lässt sich doch in den weitaus meisten Fällen eine regelrechte Parese, die sich bisweilen bis zur Paralyse steigern kann, erkennen. Oft werden Muskelcontracturen beobachtet, auf die bisweilen die Bewegungsstörung zurückzuführen ist. Die Sehnenphänomene sind immer erhalten, meistens gesteigert. Die Sprache ist häufig behindert, zeigt annähernd den Charakter des Stotterns. Pupillendifferenz wird sehr häufig beobachtet. Die Sensibilitätsstörungen, die einen wichtigen Teil des ganzen Symptomencomplexes ausmachen, haben hinsichtlich ihrer Verbreitung einen Charakter, der sich deutlich von den materiellen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarkes unterscheidet. Eine Beschränkung des excentrischen Sehens ist ein besonders wichtiges Symptom. Entgegen der oft constatierten Abnahme der Libido sexualis werden wir in einem Fall das Gegenteil beobachten. Ein sehr häufiges Symptom ist schliesslich noch eine abnorme Beschleuni-

gung der Pulsfrequenz, ohne dass sich in den meisten Fällen ein schwereres Vitium cordis nachweisen liesse.

Im Folgenden sei es mir nun gestattet, eine Anzahl von Fällen der letzten Jahre aus der psychiatrischen Klinik des Herrn Geheimrat Professor Dr. Jolly aufzuführen, die in ihrer Gesamtheit ein typisches Bild aller der Krankheitserscheinungen, die wir unter dem Namen traumatische Neuro-Psychosen zusammenfassen, erkennen lassen werden. Wenn wir in ihnen nur männliche Patienten anführen, so geschieht das aus dem Grunde, weil die männliche Welt naturgemäss ein grösseres Contingent dieser Erkrankungen stellt und letztere in den meisten Fällen bei Männern typischer verlaufen. Dass wir ebenso keine Fälle, die Kinder betrafen, angeführt haben, hat darin seinen Grund, dass, um mit Friedmann zu reden, „das Kindergehirn nicht recht fähig zu dauernden psychischen Reizsymptomen ist, der psychische Reiz als solcher bald zur Erschöpfung kommt".

I. Fall. Am 31. December 1889 stolperte der Rangierer C. L. beim Loskuppeln von Wagen, fiel innerhalb des Geleises zu Boden und wurde durch den Haken einer Notkette von den folgenden Wagen an der Stirne verletzt.

Nachdem die durch den Unfall erlittene Kopfwunde normal verheilt war, wurde er ärztlicherseits als völlig arbeits- und erwerbsfähig entlassen. Es entwickelte sich jedoch allmählich eine schwere Psychose, die nach ärztlichem Attest vom 3. Februar 1890 sich darin äussert, dass „L. seit dem 31. Januar 1890 völlig apathisch im Bett daliegt und nur vollkommen zwecklose und sinnlose Bewegungen mit den Händen macht, Speise und Trank anzunehmen verweigert. Es ist, trotzdem L. einen ähnlichen Zustand vor Jahren durchgemacht hat, sehr wohl anzunehmen, dass er eine Folge des Unfalls ist." Am 8. Februar wurde L. als geisteskrank in die Charité aufgenommen. Die Beobachtung ergab hier folgendes: Patient ist ein mittelgrosser Mann von etwas heruntergekommenem Ernährungszustande.

An der Stirne befindet sich links eine kleine, circa $^1/_2$ cm lange Narbe, eine etwas längere am äusseren Teile der linken Augenbraue. Beide sind nicht mit dem Knochen verwachsen, letztere ist auf Druck schmerzhaft.

Die Pupillen sind beide gleich, reagieren prompt auf Licht und Convergenz, sind mittelweit. Die Augenspiegeluntersuchung ergiebt nichts Besonderes. Die sonst normale Zunge streckt er sehr langsam und zögernd hervor. Temperatursteigerung nicht vorhanden, Puls etwas beschleunigt, ca. 100 in der Minute, ist regelmässig, von guter Spannung. Die Untersuchung der Lungen ergiebt nichts Auffälliges, Störungen in der Motilität und Sensibilität sind, soweit diese Prüfung bei dem gleich zu schildernden Verhalten des Patienten möglich ist, nicht vorhanden. Die Kniephänomene sind lose hervorzurufen, das Verhalten des Patienten ist sehr zurückhaltend und verschlossen, er antwortet auf einfache Fragen nach seinen Personalien nur ganz einsilbig.

Bald nach seiner Aufnahme wird ärztlicherseits ein eigenartiger Anfall constatiert: er bricht in lautes, anhaltendes Stöhnen aus, trommelt mit Armen und Beinen, das Stöhnen wechselt ab mit unarticulierten Lauten, er wälzt sich im Bette umher. Die Pupillen sind nicht erweitert, reagieren, das Gesicht ist gerötet, vor seinem Munde steht Schaum. Die Dauer des Anfalles beträgt ca. 2 Minuten, nach demselben zeigt Patient dasselbe Verhalten wie vorher.

In der Folgezeit treten derartige, in ihrem Verlaufe ganz ähnliche Anfälle noch einige Male auf; das Bewusstsein ist in ihnen sicher erhalten, da er auf Anrufen reagiert. Nach dem Grunde der Anfälle befragt, giebt er an: „es ziehe ihn so herum, die Zunge und der Hals seien ihm trocken, die linke Halsseite wie zugeschnürt". Die Trockenheit lässt sich bei objectiver Untersuchung nicht constatieren.

Das apathische Verhalten des Pat. tritt in der Folgezeit noch deutlicher hervor, stundenlang steht er mit gesenktem Kopf auf einem Fleck, geht auf Aufforderung nur wenige Schritte vorwärts, bleibt dann wieder stehen. Nahrung nimmt er freiwillig. Die Extremitäten sind oft ganz cyanotisch. Auch im Laufe des März tritt eine wesentliche Besserung nicht ein, Pat. liegt zu Bett, die Augen meist geschlossen, antwortet auf Fragen garnicht. Die passiv emporgehobenen Extremitäten bleiben eine Zeit lang stehen, sinken dann

langsam herunter. Irgend einer Aufforderung kommt er nicht nach. Nachts schläft er nach 1 gr Chloral.

Erst seit Anfang April, wo er wieder aufsteht, wird er ein wenig teilnehmender, hat sogar einige Male mit seinen Nachbarn schon Worte gewechselt; doch ist es noch nicht möglich, eine Unterhaltung mit ihm zu führen, er bewegt öfter nur die Lippen, ohne dass man etwas versteht. Nach einigen Fragen bricht er in Weinen aus, klagt über Herzklopfen, über ein Gefühl von Enge; es sei ihm auch gewesen, als wolle man ihn nicht herauslassen, weil er etwas begangen habe. Diese Angaben sind nur durch wiederholtes, eindringliches Fragen von ihm zu erlangen.

Aus allem geht hervor, dass der Pat. geisteskrank ist, und zwar leidet er an einer Psychose depressiven Charakters, einer Mischform von Melancholie und Hypochondrie. Das beweist das ganze Verhalten des Pat., das Darniederliegen seiner geistigen Functionen und die Verlangsamung seiner Bewegungen; ferner die geäusserten hypochondrischen und melancholischen Vorstellungen, endlich die eigenartigen hypochondrischen Anfälle, die als psychische zu betrachten sind.

Es kann kein Zweifel bestehen, dass der geschilderte Unfall mit dem Ausbruch der jetzigen Krankheit in Zusammenhang steht. Obgleich die Angaben über die erste Zeit der Erkrankung nur sehr summarisch sind, werden wir nicht fehl gehen, wenn wir den eigentlichen Beginn bereits ca. acht Tage nach der Verletzung annehmen, da ja diese Art Erkrankungen in der Regel längere Zeit erfordern, bis sie eine solche Höhe erlangen und als unverkennbare Geisteskrankheit imponieren. Ausser dem Unfall ist irgend ein anderes, ätiologisch als wichtig heranzuziehendes Moment nicht bekannt geworden; Berücksichtigung verdient ferner der Umstand, dass der Pat. bereits einmal an einem ähnlichen Zustande gelitten haben soll, es würde also auch in diesem Falle, wie so häufig, eine verhältnismässig geringfügige äussere Veranlassung die Psychose wieder haben in Erscheinung treten lassen. Progressive Paralyse ist hier auszuschliessen, da kein einziges Symptom dafür spricht; der Leidende bietet zur Zeit noch Aussicht auf Wiederherstellung.

Die Prognose hat sich später bestätigt: Nachdem der Pat. in der letzten Zeit seines Aufenthaltes in der Charité eine gleichmässig ruhige und freundliche Stimmung mit gänzlichem Schwinden des Depressionszustandes an den Tag gelegt hatte, wurde er am 28. Juni 1890 als gebessert entlassen.

II. Fall. Am 3. September 1891 stürzte der 51jährige Bäcker und Arbeiter P. S. aus der Höhe der ersten Etage auf den Bürgersteig. Im Krankenhaus Bethanien wurde eine ausgedehnte Weichteilwunde am Schädel, sowie Bruch der Kniescheibe constatiert. Beide heilten unvollkommen.

Der Pat., der in gewissem Grade Potator war, hat zwar schon vorher oft in Unfrieden mit seiner Frau und seiner Umgebung gelebt und vielfach ein mürrisches und zänkisches Wesen an den Tag gelegt, doch wurde sein Benehmen nach dem Unfall ein ganz verändertes. Er klagte fortwährend über Schmerzen im Kopfe, bekam bei geringfügigen Anlässen, zumal beim Bücken, Schwindelanfälle, phantasierte des Nachts. Besonders auffällig aber war die gegen früher bedeutend gesteigerte Reizbarkeit seines ganzen Wesens; gegen seine Frau wurde er bei jeder Gelegenheit heftig und ausfallend, machte ohne jeden Grund Lärm und bedrohte die Frau verschiedentlich mit Totschlag, wurde einmal sogar nur durch die Flucht der Frau an der Ausführung der Drohung gehindert. In einem Wutanfalle schlug er einen Teller auf dem Kopfe seiner Tochter entzwei. Nebenbei sei bemerkt, dass den anamnestischen Erhebungen zufolge die Familienverhältnisse allerdings sehr traurige gewesen zu sein scheinen.

Er wurde auf Grund eines Physikats-Attestes als gemeingefährlicher Irrer der Charité überwiesen.

Status. Der Pat. ist ein grosser, kräftiger Mann. Am Hinterkopfe befindet sich eine ca. 22 cm lange Narbe, welche nirgends mit dem Knochen verwachsen ist. Die Stelle ist auf Druck schmerzhaft, bei Druck hat man ein Gefühl des Nachgebens oder Weichwerdens des Knochens. Die rechte Patella ist kallös verdickt, in einer Ausdehnung von etwa 9 cm Länge, 8 cm Breite; die Bewegung im Kniegelenk ist etwas behindert. Auffällige Symptome finden sich nicht, die

Reflexe sind erhalten, desgl. die grobe Kraft. Das Gehörsvermögen ist gut, Geruch annähernd normal; bei der Geschmacksprobe werden Essigsäure, Kochsalzlösung und Chinin beiderseits als bitter bezeichnet. Das Gesichtsfeld zeigt keine concentrische Einengung, die Sensibilität ist nirgends gestört, ein leichter Tremor zu constatieren.

Auf Grund der angestellten Erhebung und Beobachtung ist als sicher anzunehmen, dass Sch. an einer Geistesstörung leidet, deren Hauptsymptome sich, abgesehen von nervösen Störungen, wie Kopfschmerz und Schwindel, darstellen als reizbare Schwäche, gelegentliche Wutanfälle mit tobsüchtiger Erregung; vereinzelt sind Wahnvorstellungen aufgetaucht: die Befürchtung, seine Frau möchte ihn los sein und hielte es mit anderen. Das Auftreten solcher Wutanfälle ist in erster Linie abhängig von äusseren Verhältnissen, daher darf es nicht Wunder nehmen, dass sich Pat. während der Beobachtung im Krankenhause im allgemeinen ruhig verhalten hat, wenn auch die nervösen Beschwerden fortbestanden. Als Gewohnheitstrinker, soweit sich dies durch die Erhebungen hat feststellen lassen, konnte Pat. nicht gelten, da er bis zum Unfall seine Arbeit fleissig verrichtet und seine Familie ernährt hat; Zeichen des chronischen Alcoholismus fehlen. Dazu hat er nach dem Unfalle die Quantität des Alkohols bedeutend verringern müssen (er trank für 5—10 Pfg. täglich), da ihn die geringste Quantität schon in einen Zustand von Erregung versetzte. Jedenfalls ist hier der Beweis nicht zu erbringen, dass sein Nervensystem durch Alkohol so geschädigt wurde, dass eine solche Geistesstörung Platz greifen konnte. Ausserdem sind gerade nach dem Unfalle die nervösen Beschwerden, die psychische Veränderung eingetreten. Durch den Fall, der im stande war, solche schweren Verletzungen an Knochen und Weichteilen hervorzurufen, ist sicher das Gehirn selbst einer heftigen Erschütterung unterworfen worden. Selbst zugegeben, dass Pat. vielleicht durch den mässigen Alkoholgenuss schädigend auf sein Nervensystem eingewirkt hat, so ist doch dieser Umstand gegenüber der schweren Verletzung für die Beurteilung des Zustandekommens der Geistesstörung von geringer

Tragweite, sind doch Verletzungen dieser Art im stande, auch bei Individuen, welche sich vorher absolut keiner Schädlichkeit ausgesetzt hatten, dieselbe Geistesstörung, wie hier, hervorzubringen.

Nachtrag. Patient wurde ungeheilt nach Dalldorf übergeführt.

III. Fall. Am 8. Januar 1892 glitt der 33 Jahre alte Arbeiter Th. M. beim Tragen eines ca. 6 m langen Eisenrohres auf dem Glatteis aus und stürzte hin, wobei ihm das Rohr auf den Rücken fiel und er sich eine Quetschung der rechten Seite des Brustkorbes zuzog. Rippenbruch war nicht vorhanden, doch klagte Patient lange Zeit über inneren Schmerz, der sich „dem Kreuz entlang nach dem Hinter- und Mittelkopf zog", auf welch letzterem er ein fortwährendes Brennen verspürte. Seit dem Unfalle litt er an fortwährenden Krämpfen. Behandelnde Ärzte begutachteten schon, dass die Klagen über nervöse Beschwerden im Vordergrunde ständen, sowie, dass sich bei ihm mehr und mehr ein Zustand geistiger Depression ausgebildet habe. Nach Aussage der Frau stellten sich die Krämpfe zum ersten Male Mitte März des Morgens ein: das Gesicht war nach der linken Seite verzogen, vor dem Munde stand Schaum, die Extremitäten zitterten. Am selben Tage wiederholten sich die Anfälle und traten seitdem etwa jede Woche auf. Zungenbiss soll nicht vorgekommen sein. Weiter klagte Patient über Schwindel und Kopfschmerzen, hatte häufig „Schüttelanfälle". In den letzten Monaten magerte er sehr ab. Am 24. April 1893 wurde er der Krampfabteilung der Charité überwiesen.

Status: Patient ist ein mittelgrosser Mann von heruntergekommenem Ernährungszustande, Panniculus sehr geschwunden; die Gesichtsfarbe ist blass.

Am Hinterkopf, über dem linken Scheitelbein, sowie am Kinn finden sich Narben, über die er keine Auskunft zu geben vermag. Die Pupillen sind mittelweit, Pupillarreflexe prompt. Die Zunge wird leicht zitternd hervorgestreckt, Bisse und Narben fehlen. Hinsichtlich des Herzens, der Lungen, des Pulses, des Kniereflexes, des Urins nichts Abnormes zu bemerken. Es sind keinerlei Lähmungen nachweisbar, die grobe Kraft der Extremitäten ist herabgesetzt; gröbere Sensibilitäts-

störungen bestehen nicht, das Gesichtsfeld zeigt ständig eine Einschränkung von etwa 20 Grad.

Die Stimmung des M. ist dauernd gedrückt, teilnahmlos; er bewegt sich möglichst wenig, liegt meist zu Bett und flieht den Verkehr mit Anderen. Seine Leidensgeschichte erzählt er nur stockend und erlahmt, wenn man ihn nicht immer durch neue Fragen aufrüttelt. Das Datum seines Unfalles kann er nicht angeben, ebensowenig Genaueres über die Krämpfe, an denen er leiden will. Er weiss nur, dass er im vorigen Winter verunglückt und danach bewusstlos gewesen ist, die Anzahl der durchgemachten Krämpfe giebt er auf zwei an. Sein Alter (33 J.) nennt er richtig, giebt dabei, ohne dass ihm der Fehler auffällt, sein Geburtsjahr auf 1865 an. Die Lösung der allereinfachsten Rechenexempel gelingt ihm nicht: $2 \times 2 = 2$, eine Lösung, zu der er erst nach minutenlangem Hinbrüten gelangt. Andere Aufgaben weist er mit einem stumpf resignierten: „Ich weiss nicht“ zurück. Pommern liegt nach seiner Aussage in Westpreussen, und dieses gehört zum Kreise Schlochau. Das laufende Jahr hat er „vergessen“, Weihnachten ist im März und muss nun bald kommen (er wurde im April aufgenommen). Die Namen seiner Kinder findet er erst nach längerem Besinnen. Jede Unterhaltung ermüdet ihn, er wird einsilbig und verstummt schliesslich ganz. Selbstständige Bemerkungen und Wünsche äussert er nie, nur über eines klagt er fast beständig, über heftiges Stechen, Brennen und Druckgefühl im Kopfe, Empfindungen, die selten aufhören und nach seinen Anfällen in verstärktem Maasse hervorbrechen.

Diese Anfälle sind bei M. oft beobachtet worden, sie treten regelmässig in den Morgenstunden auf, während er sich wäscht, nach längerem Gehen, auf dem Closet, seltener im Bette. Er stürzt bei denselben zu Boden, hat heftige Zuckungen in Armen und Beinen, der Mund ist nach links verzogen und mit Schaum bedeckt. Die Gesichtsfarbe wird blasser als sonst, die Pupillen sind über mittelweit, reagieren auf Lichteinfall träge. Nach wenigen Minuten liegt er steif da, erholt sich nur langsam unter allmählicher Lösung der Starre. In dieser Weise verläuft ein Teil der Anfälle; weitaus häufiger

zeigen dieselben jedoch folgende Form: Pat. fällt plötzlich zu Boden, beginnt mit Händen und Füssen um sich zu schlagen und hebt in Pausen die Wirbelsäule im Bogen nach vorne. Währenddessen ist die Atmung kurz, der Puls ausserordentlich beschleunigt, das Gesicht hochrot. Es tritt Schaum vor den Mund, die Lider sind starr, die Bulbi verdreht, Pupillenreaction träge. Einige Minuten bis $^1/_4$ Stunde hält so das Schleudern der Extremitäten, das Werfen und krampfhafte Verdrehen des Rumpfes an und zwar in wechselnder Intensität. Zum Schluss ist der Körper steif ausgestreckt, die Finger sind fest eingekniffen. Zuweilen treten leichte Zuckungen in den Armen auf, einzelne unarticulierte Laute werden ausgestossen, der Mund macht lebhafte Schmeckbewegungen. Es besteht vollständige Unempfindlichkeit gegen sensible Reize, der Puls ist noch immer frequent (ca. 120). Oft schliesst sich der ersten noch eine zweite Attaque an, andernfalls schläft er für kurze Zeit ein, um beim Erwachen dann gewöhnlich nichts von dem vorausgegangenen Anfalle zu wissen; er ist dann unwirrsch, fasst sich an den Kopf und erscheint stundenlang benommen.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass bei dem Pat. ein schweres, nervöses Leiden vorliegt. Die Art desselben ist durch die Anfälle gekennzeichnet, welche ihrem Wesen nach als hystero-epileptische aufgefasst werden müssen. Die Jactationen, das Wälzen und Schleudern der Extremitäten (grand mouvements), das Emporwölben des Rumpfes (arc de cercle) verleihen den Anfällen typisch hysterisches Gepräge, während der Anteil der Epilepsie in der Erweiterung und mangelhaften Reaction der Pupillen, in der am Schlusse des Anfalls auftretenden tonischen Starre gegeben ist. Wenn auch ein rein epileptischer Anfall mit Zungenbiss nie bei ihm beobachtet worden ist, so haben wir es doch mit einer schweren Erkrankungsform ernsten Charakters zu thun. Die Anfälle werden meist durch irgend einen Reiz, seelischer oder physischer Natur ausgelöst (Pressen bei der Defäcation, Bücken beim Waschen). Trotz guter Ernährung beträgt das Gewicht des Pat. nur 58 Kilo. Mit dem körperlichen Niedergang Hand in Hand geht der geistige, sich äussernd in grosser psychischer

Schwäche und tiefer Verstimmung; er ist teilnahmlos, völlig apathisch und interesselos. Man sucht vergebens nach Saiten, die man bei ihm anschlagen könnte; die einfachsten Begriffe sind ihm entfallen, er ist unfähig zu längerer Unterhaltung. Schliesslich hat er nur noch ein: „Ich weiss nicht“ auf alle Fragen. Die Frage nach dem Ursprung des Leidens kann nur in dem Sinne entschieden werden, dass bei der früher völligen Gesundheit, dem Fehlen von übermässigem Potus und hereditärer Belastung das Trauma bei dem Unfalle einzig und allein herangezogen werden kann. Die erlittene Erschütterung war nicht nur eine locale, sondern auch allgemeine (innere Beschwerden, Kopfweh, ziehende Schmerzen bald nach dem Unfalle). Ursache der nervösen Störung und der Schwächezustände des Central-Nervensystems ist der heftige körperliche Insult und nicht zum wenigsten der damit verbundene psychische Shock.

Eine Besserung ist in absehbarer Zeit bei der fortgeschrittenen geistigen Schwäche kaum zu erwarten.

IV. Fall. Am 17. Juli 1890 glitt der 50jährige Maurer Fr. F. bei Canalisationsarbeiten von der Bohle ab und stürzte aus einer Höhe von ungefähr 2 m so unglücklich auf die angelegten Krempfer des gemauerten Canales, dass er sich eine Kopfverletzung, Bruch der linken 9. und 10. Rippe und Verstauchung des linken Daumens zuzog. Nachdem er zeitweise im Lazarus-Krankenhause behandelt war, wurde er am 17. Februar 1893 der Abteilung für Geisteskranke der Charité zur genauen Untersuchung seines Geisteszustandes überwiesen, da später zu berichtende Symptome dieses nötig erscheinen liessen.

Status. Pat. ist ein 50jähriger Mann, früh gealtert, zeigt einen verdriesslichen, mürrischen Gesichtsausdruck. Auf der Stirne befindet sich links von der Mittellinie eine unregelmässige, mit dem Knochen nicht verwachsene und nicht schmerzhafte Narbe. Die Pupillen sind mittelweit, reagieren prompt auf Lichteinfall und Convergenzbewegung. Die Augenbewegung ist frei, das Gesichtsfeld nicht eingeschränkt. Die ophthalmoskopische Untersuchung zeigt beginnenden Katarakt, sowie Hypermetropie, der Augenhintergrund ist normal. Später

leichte Pupillen-Differenz, rechts weiter als links. Die gerade herausgestreckte Zunge zittert, an diesem Zittern beteiligt sich die untere Gesichtspartie, bezw. der ganze Kopf. Die etwas hastige, oft absetzende Sprache zeigt eigentliche Articulationsstörung nicht. Reflexe und Phänomene gut erhalten. Die Circulations- und Respirationsorgane sind intact. Die motorische Kraft der Extremitäten ist herabgesetzt, Lähmungserscheinungen bestehen nicht, die Hautsensibilität ist gut erhalten, es herrscht eine gewisse Unsicherheit beim Gange, Romberg'sches Phänomen nicht vorhanden.

Die Beschwerden des Pat. beziehen sich auf hartnäckige Schlaflosigkeit bezw. unruhigen Schlaf, lebhafte störende Träume, beständige unangenehme Empfindung im Kopfe, „als ob etwas im Kopfe hämmert oder klappert", Kopfschmerzen, eine besonders nachts sich geltend machende Angst und Unruhe, Schwindelgefühle und plötzlich eintretende Schwindelanfälle, Frostempfindungen, Gedankenlosigkeit, Abnahme des Gedächtnisses. Als Beispiel für seine Gedankenlosigkeit führt er an, dass er oftmals von ihm fortgelegte Sachen nicht habe wiederfinden können, sich wiederholt auf der Strasse verirrt habe, einmal sogar in seiner eigenen Strasse einen Schutzmann nach seiner (des Pat.) Wohnung habe fragen müssen. Die Schwindelanfälle schildert er als solche, bei denen ihm plötzlich „taumelig" und schwarz vor den Augen wurde, so dass er sich festhalten müsse, um nicht hinzustürzen. Während des Charité-Aufenthaltes bietet sein äusseres Verhalten nichts Besonderes. Es wiederholen sich täglich dieselben Klagen, sein Wesen ist dauernd etwas mürrisch und gedrückt, seine Gedanken sind unausgesetzt mit seinem Leiden beschäftigt. Der Schlaf ist trotz wiederholt verabfolgter Schlafmittel unruhig, fehlt bezw. ganz.

Am 29. Februar 1892 wurde, wenn auch nicht ärztlicherseits, so doch von zuverlässigen Wärtern ein Schwindelanfall beobachtet, bei dem er anscheinend völlig besinnungslos war, vom Stuhle herunterfiel und deutliche Schlaffheit sämtlicher Glieder zeigte. Nach 1—2 Minuten kam er wieder zu sich.

Die Ehefrau versichert, er sei bis zum Anfalle vollkommen gesund gewesen, schildert ihn als fleissigen

Arbeiter, der sie gut behandelt und für ihren Unterhalt gesorgt habe. Sie giebt zu, dass er regelmässig bei der Arbeit aus der Flasche Schnaps (Nordhäuser mit Glühwein) für ca. 40 Pfg. täglich trank; betrunken war er indessen nur ausnahmsweise. Wenige Tage nach dem Unfalle trat bei ihm grosse Verwirrtheit und Unruhe hervor; er sah Drähte, Männer, welche zum Fenster hineinkamen und suchte im Zimmer umher. (NB. F. selbst entsinnt sich auch dieser Wahrnehmungen.) Im übrigen bestätigt die Frau des Pat. Angaben, erwähnt, dass er auf der Strasse umgefallen und einmal nur mit knapper Not vor den Pferden weggerissen sei, dass er sich in letzter Zeit auf der Strasse mehrfach verirrt habe und gelegentlich (er trug seine Papiere bei sich) von fremden Leuten nach Hause gebracht sei. Nach ihrem weiteren Bericht zeigte er sich in den letzten Wochen zeitweise ganz verwirrt, beging verkehrte Handlungen und war vor allem ausserordentlich reizbar, schimpfte ganz gegen seine frühere Gewohnheit mit unflätigen Worten auf seine Umgebung, machte der eigenen Frau völlig unbegründete Vorwürfe der Untreue und Unzucht, drohte ihr auch wohl mit Totschlag; ausserdem legte er mitunter hochgradige Angst an den Tag, glaubte sich verfolgt, verbarricadierte die Thür und legte Axt und Strick zurecht, um sich zur Wehre zu setzen. (Pat. selbst weiss hiervon nichts.) Das Gedächtnis nahm merklich ab.

Wir haben es hier also nach allen Erscheinungen offenbar mit einem fortschreitenden, chronischen, psychischen Krankheitsprocess zu thun, der sich im wesentlichen durch eine Abnahme der gesamten geistigen Leistungsfähigkeit charakterisiert. Die wachsende Abnahme des Gedächtnisses, die ausserordentliche, ohne besonderen Anlass zum Ausbruch kommende, bis zu tobsüchtigen Erregungszuständen sich steigernde Reizbarkeit, die Äusserung schwachsinnig absonderlicher Vorstellungen (Untreue der Frau, mit der er 9 Kinder hatte,) beweisen dies genügend. Erfahrungsgemäss kommen derartige Krankheitserscheinungen vorwiegend in der Häuslichkeit zum Ausbruch, während sie während des Anstaltsaufenthaltes bei der naturgemässen Fernhaltung aller Schädlichkeiten weniger zur Geltung gelangen.

Auch hier sehen wir mit der psychischen Störung nervöse Beschwerden Hand in Hand gehen, die lästigen Empfindungen im Kopfe, das hartnäckige, manchmal bis zum vollkommenen Besinnungsverluste sich steigernde Schwindelgefühl und die ständige Schlaflosigkeit. Die meisten Beschwerden sind subjectiv, objectiv lassen sich nur Pupillen-Differenz, Zittern, allgemein herabgesetzte motorische Kraft nachweisen. Simulation kann nicht vorliegen, da alle Beschwerden in den Rahmen des Gesamtkrankheitsbildes hineinpassen.

Bei der Frage nach der Ätiologie ist besonders Gewicht zu legen auf das Bestehen des chronischen Alkoholmissbrauchs. Es ist indessen nachgewiesen, dass sich bis zum Unfalle irgend gesundheitsschädliche Folgen desselben in keiner Weise bei ihm zeigten. Dass er thatsächlich Gewohnheitstrinker war, geht auch wohl daraus hervor, dass bei ihm im Anschlusse an den Unfall ein Zustand von hallucinatorischer Verwirrtheit auftrat, der nur als Delirium tremens aufgefasst werden kann, das sich ja häufig einer körperlichen Erkrankung, namentlich bei Entziehung des Alkohols, anschliesst. Da jedoch F. bis dato völlig gesund war, müssen wir es von der Hand weisen, das nach der Verletzung zur Entwicklung gelangte chronische Gehirnleiden auf den früheren Abusus spirituorum zurückzuführen, vielmehr nur den erlittenen Unfall als Entstehungsursache heranziehen. Die einzelnen Symptome können ja sowohl auf chronischen Alcoholismus, als auch auf das Trauma bezogen werden, doch werden wir uns in diesem Falle dahin zu entscheiden haben, dass der chronische Alcoholismus auch hier zu einer allgemeinen Schwäche und Widerstandslosigkeit speciell des Centralnervensystems geführt, somit die Prädisposition für die Erkrankung gegeben hat; den Ausbruch der Krankheit, die sich nun um so eher und verderblicher entwickeln konnte, hat erst der schwere Unfall bewirkt.

Nachtrag. Pat. wurde ungeheilt nach Dalldorf übergeführt.

V. Fall. Verschiedene Unfälle sind es, welche der bei seiner Aufnahme 45 Jahre alte Dachdeckergeselle L. S. erlitt. Der erste fand statt im Jahre 1876, wo er aus einer Höhe von 4 Stockwerken herabstürzte und

sich neben Kopfverletzungen einen Bruch des rechten Oberschenkels zuzog. Damals wurde er 4 Monate bereits in der Charité behandelt. 1886 erlitt er den zweiten Unfall: Er stürzte zwei Stockwerke herab, brach sich beide Unterarme und das Nasenbein, worauf er wiederum 4 Wochen in der Charité lag. Seit dem zweiten Unfalle hatte sich bei ihm eine allgemeine Reizbarkeit des Wesens herausgebildet, er konnte zu Zeiten geradezu „boshaft“ sein, schalt und schimpfte, schlug um sich, bekam auch ungefähr wöchentlich wiederkehrende Anfälle, in denen er zu Boden fiel und mit Händen und Füssen um sich schlug. Diese etwa viertelstündigen Anfälle schlossen sich meistens an einen besonderen Erregungszustand an. Ausserdem klagte Pat. viel über Kopfschmerz.

Einen dritten Unfall erlitt er am 8. April 1889: Er fiel von der Höhe des ersten Stockwerkes herab und fiel über ein Schutzdach mit der rechten Seite auf das Pflaster; angeblich war er drei Wochen lang besinnungslos. Die Ärzte erzählten ihm, dass ihm Blut aus Nase und Ohr geflossen sei. Seit dem Unfalle leidet er an „Kopfkrämpfen“, die zum ersten Male bei einer ophthalmoskopischen Untersuchung aufgetreten sein sollen. Die Krämpfe beginnen mit Zuckungen im rechten Mundwinkel, die Kehle schnürt sich zu, so dass er nicht schreien kann, das Gefühl der Spannung zieht sich weiter hinauf über die Nase nach der Stirne zu, die rechte Gesichtshälfte verzieht sich nach rechts; das Bewusstsein geht nicht verloren. Die Dauer beträgt meistens 4 bis 5 Minuten. Künstlich lässt sich ein Anfall durch Kneifen der rechten Backe hervorrufen; dabei wurden folgende Beobachtungen gemacht: Er beginnt mit geringen Zuckungen auf der rechten Kinnseite, die sich auf den rechten Mundwinkel fortsetzen. Die krampfhaften Verziehungen der rechten Gesichtshälfte werden intensiver, der Mund wird weit geöffnet, das Gesicht cyanotisch, der Körper neigt sich nach rechts und hinten, die Augenlider sind in Nictitation, die Conjunctiven röten sich und es werden gurgelnde Laute ausgestossen. Die Dauer beträgt eine Minute. Die Pupillen sind während des Anfalls mittelweit, das Gesichtsfeld ist gleich nachher mehr eingeschränkt als

vorher. Die Sensibilität für Pinselstriche und Nadelstiche ist rechts herabgesetzt, tiefe Nadelstiche werden nur gefühlt, nicht als schmerzhaft empfunden. Kalt und warm wird ziemlich gut unterschieden, die Pupillen sind mittelweit, Reaction auf Licht und Convergenz erhalten, Augenbewegung frei. Die Reflexe sind vorhanden, Fussklonus und Patellarreflex ist nicht hervorzurufen; beim Umkehren gerät er leicht ins Schwanken, Romberg'sches Phänomen deutlich ausgesprochen. Lues wird negiert, hereditäre Belastung nicht vorhanden. Die motorische Kraft ist beiderseits herabgesetzt, am meisten rechts. Beim Kraftversuch am rechten Bein tritt rechtsseitiger Wadenkrampf ein, gleich darauf auch links. Das Gehör ist besonders rechts herabgesetzt, desgl. das Geruchsvermögen (riecht fast nichts). Bei Geschmacksprüfungen, die ebenfalls ein negatives Resultat ergeben, wird ein Anfall von $^1/_2$ Minute Dauer ausgelöst, nach welchem noch längere Zeit fibrilläre Zuckungen beobachtet werden.

Die ersten Tage nach der Einlieferung (2. Juli 1892) war Pat. sehr benommen, dann hellte sich das Bewusstsein auf und es wurde Lähmung der rechten Gesichtshälfte constatiert.

Nach der von der Frau erhobenen Anamnese war die Stimmung des Pat. schon seit dem Jahre 1886 verändert; seitdem besteht grosse Reizbarkeit verbunden mit starken Kopfschmerzen. Seit dem letzten Unfalle haben sich die Kopfschmerzen vermehrt, sind namentlich bei Hitze unerträglich, Abnahme der Gedächtniskraft wurde constatiert. Er grübelte viel vor sich hin, dann führte er plötzlich schamlose Reden, zog sich vor seinen Kindern nackt aus, drohte thätlich zu werden, griff auch thatsächlich seine Frau mit einem Beile an und bekam häufig in solchen Stadien höchster Erregung seine „Kopfkrämpfe". Mehrere Male hat er ein Conamen suicidii gemacht.

In der letzten Zeit traten die Krämpfe mehr zurück, dafür aber machte sich erhöhte Reizbarkeit und Verstimmtheit geltend. Er glaubte sich durch seine Krankheit zurückgesetzt, nichts konnte man ihm recht machen, er schlug oft ohne jeden Grund auf seine Umgebung ein, argwöhnte, das Essen sei vergiftet, die Familie wolle ihn „zur Seite bringen", verweigerte die

Nahrung, ging zu Nachbarn und beklagte sich, er bekomme nichts zu essen, man lasse ihn verhungern. Die Äusserungen des Lebensüberdrusses mehrten sich, „ich bleibe einmal weg, ich komme nicht wieder nach Hause“ waren derzeit häufige Sätze. In ruhiger Stunde bereute er dann tief die vorgekommenen Dinge, bat unter Thränen um Verzeihung. Erinnerung an die Vorkommnisse war nicht vorhanden.

In der Anstalt traten die Erscheinungen infolge der Ruhe und des Fernhaltens jeglichen Reizes nicht so hervor, doch auch da gewahrte man, dass die reizbare Schwäche den Grundzug seines psychischen Verhaltens bildete. Er ist dauernd missmutiger und gedrückter Stimmung, trägt sich fortwährend mit Gedanken über die Schwere seines Leidens, hofft nicht auf Genesung, flieht den Verkehr mit anderen, wird bei geringen Anlässen heftig und ausfallend und droht, einen Wutanfall zu bekommen. Weiter ist er ausserordentlich schreckhaft, fährt beim geringsten Geräusch zusammen und gerät durch dasselbe leicht in einen Krampfanfall.

War Pat. auch durch die Verletzung des Jahres 1876 und vielleicht durch Alkoholexcesse (Potus war bis zu einem gewissen Grade vorhanden) ein zu psychischen Anomalieen geneigtes Individuum, so bestehen doch seine körperliche und geistige Schwäche, die übergrosse Reizbarkeit und vor allem die Krämpfe erst seit dem letzten Unfalle und sind ausschliesslich auf diesen zu beziehen.

Eine Besserung steht nicht zu erwarten.

VI. Fall. Am 2. September 1882 fiel dem 39 Jahre alten Arbeiter J. H. vom 4. Stock herab ein schwerer Balken auf das rechte Scheitelbein, so dass er bewusstlos zur Anstalt gebracht wurde. Die Untersuchung ergab auf dem rechten Os parietale eine ca. 8 cm lange, bis auf den Knochen durchgehende Verletzung unter starker Blutung und mächtiger Pulsation der Gefässe. Die linke Gesichtshälfte zeigte ausserdem zahlreiche leichte Hautabschürfungen und konnte nicht so gut wie die rechte bewegt werden. Aus der Wunde wurde ein $^1/_2$ cm grosser Splitter entfernt und nachdem sie vernäht und per primam geheilt war, wurde er nach acht Tagen als gebessert entlassen, da nur noch eine etwas

geringere Beweglichkeit der linken Gesichtshälfte und beim Bücken eintretendes Schwindelgefühl bestand.

7 Jahre nach dem geschilderten Unfalle stellten sich nach Angabe der Frau bei dem Pat. zum ersten Male Krämpfe ein, welche sich 15 mal wiederholten. Auch bildete sich bei ihm ein sehr heftiges, reizbares Wesen heraus, daneben hatte er viel über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit zu klagen. 8 Wochen vor seiner Aufnahme wurde er dann lebensüberdrüssig und sprach verschiedentlich davon, sich aus dem Fenster zu stürzen oder sich zu erhängen. Hereditäre Belastung wird abgeleugnet. Seit etwa 4 Jahren war erhöhte Libido sexualis zu constatieren. Potus war in gewissem Grade vorhanden, angeblich trank Pat. täglich für 20 Pf. Nordhäuser mit Zimmt.

Bei der Untersuchung wurde am Pat. Foetor alcoholicus bemerkt. Die vorgestreckten Hände lassen einen ziemlich ausgesprochenen Tremor erkennen, die Zunge ist belegt, ohne Narben und Bisse, wird gerade vorgestreckt. Die linke Pupille ist etwas kleiner als die rechte, Reaction auf Lichteinfall und Convergenz prompt, die Augenbewegung nach allen Seiten frei. In der Facialis-Innervation ist keine Differenz zu constatieren, Händedruck links etwas schwächer als rechts; die dynamometrische Untersuchung ergiebt rechts 60, links 32. Die rohe Kraft der unteren linken Extremität ist schwächer als die der rechten. Die Kniephänomene sind beiderseits erhalten, Romberg'sches Phänomen nicht vorhanden. Der Puls ist regelmässig und von guter Spannung (84 Pulsschläge). Die Art. interossea prima ist beiderseits bedeutend stärker entwickelt, als der Stamm der Art. radialis.

Die Sensibilität ist für Pinselstriche und Druck beiderseits erhalten, doch links etwas abgeschwächt. Es wird Hemianalgesia sinistra constatiert, Nadelstiche werden links gefühlt, aber nicht als schmerzhaft empfunden. Kalt und warm werden rechts gut unterschieden, links wird kalt constant als lauwarm bezeichnet. Das Gehörsvermögen beiderseits normal, desgleichen annähernd die Geschmacksempfindung; Kochsalz wird als salzig angegeben, Oleum Anisi schmeckt nach Pfefferminze. Das Geruchsvermögen ist stark herabgesetzt.

Der Augenbefund ergiebt links Abducensparese. Die linke Pupille ist kleiner als die rechte, Augenbewegung beim Blick nach links etwas beschränkt, in extremer Stellung treten Doppelbilder auf mit Höhendifferenz (das nähere steht etwas tiefer).

Auf der Höhe des Scheitelbeines findet sich rechts eine etwa 6 cm lange Narbe, darunter ein länglicher, dreieckig gestalteter Knochendefect, der durch ein festes, fibröses Gewebe ersetzt ist, welches auf stärkeren Druck schmerzhaft ist. Hirnpulsation ist nicht durchfühlbar.

Der Pat. ist stets etwas gedrückter Stimmung und macht einen andauernd schläfrigen Eindruck. Subjective Beschwerden sind Brennen in den Augen, Kopfschmerzen, „als wenn eine Schale auf dem Kopfe liege", grosse Mattigkeit und morgens Neigung zur Übelkeit. Der Gesichtsausdruck ist schläfrig.

Häufiger wurden Krampfanfälle in der Charité an ihm beobachtet, die von verschiedener Dauer waren; ein solcher von 7 Minuten Dauer verlief ohne Zuckungen, nur die Arme wurden hochgehoben, ein anderer von 40 Minuten Dauer verlief mit starken Zuckungen am ganzen Körper, wobei Pat. aus dem Bette fiel. Nach den Anfällen ist der Kopfschmerz für gewöhnlich noch verschlimmert, Pat. hat Flimmern vor den Augen und muss geführt werden.

Haben wir es hier auch mit einem Fall zu thun, in dem die Neuro-Psychose erst verhältnismässig recht lange Zeit nach dem Trauma auftrat, ist ausserdem auch ein gewisser Grad von Abusus spirituorum keinesfalls wegzuleugnen, so werden wir dennoch mit vollem Rechte das Trauma auch in diesem Falle als ursächliches Moment heranziehen, besonders deshalb, weil die objectiv nachweisbaren nervösen Störungen sowohl wie das ganze psychische Verhalten, die seelische Depression vollkommen in das Krankheitsbild der traumatischen Neurose und Psychose hineinpassen.

Es ist auch anzunehmen, dass das veränderte psychische Verhalten des Pat. viel eher bestanden hat, als es gerade bemerkt wurde. Der Potus hat auch hier ohne Frage die Prädisposition zu der Erkrankung gegeben.

Nachtrag. Pat. wurde ungeheilt nach Dalldorf übergeführt.

VII. Fall. Im Jahre 1888 verlor der bei seiner Aufnahme (15. November 1892) 23 jährige Arbeiter und Drehorgelspieler A. K. durch Überfahren eines Zuges den rechten Arm. Vor dem Unfall will er stets gesund gewesen sein, litt jedoch nachher oft an Kopfweh und Flimmern vor den Augen. Sein Verdienst war schlecht, auch hatte er wegen seines Drehorgelspiels häufig Conflict mit der Polizei. Schliesslich fasste er den Entschluss, sich das Leben zu nehmen, suchte diesen Entschluss auch nach Überlegung von 5 bis 6 Monaten am 23. Juni 1892 auszuführen und brachte sich einen Revolverschuss in die linke Schläfe bei. Vor der That hatte er zwar Schnaps kommen lassen, diesen aber nicht berührt.

Status: Die Musculatur der rechten Scapula ist bedeutend schwächer als links. Bewegungen der rechten Schulter sind dagegen nach allen Richtungen hin gut auszuführen. Nach vorne von der Pfanne befindet sich eine S-förmig verlaufende, 11 cm lange Narbe. Medialwärts von dieser und parallel mit ihr verlaufen 2 kleinere 7 cm-Narben, desgleichen 2 kleinere auf dem Schulterblattwinkel. Die Berührung der Narbe und ihrer Umgebung ist äusserst schmerzhaft. Stösst er sich an dieser Stelle, so wird ihm ängstlich zu Mute, es flimmert ihm vor den Augen, er sieht farbige Ringe und Sterne und muss sich setzen; ist es ihm nicht möglich, rechtzeitig eine Stütze zu finden, so fällt er um. Die Musculatur des Pectoralis maior et Serratus anticus auch rechts gut entwickelt. Beim Stirnrunzeln beteiligt sich eine Partie von etwa 4 cm Breite über dem rechten Augenlid nicht an der Contraction, desgleichen das Auge selbst. Die Kugel drang bis zur rechten Schläfe durch, etwas mehr nach vorne gehend. Links Amaurose, da die Kugel den Opticus durchbohrt haben soll. Die linke Pupille ist grösser als die rechte. Links fehlt Reaction auf Lichteinfall und Convergenzbewegung; links Glaskörper- und Netzhautblutung. Augenbewegung rechts frei; links steht der Bulbus in Mittelstellung, bewegt sich um die horizontale Axe. Bei Bewegungen nach oben und unten geht der Bulbus etwas nach aussen. Bei dem Versuche nach innen und aussen zu sehen, macht er ganz minimale Bewegungen nach oben innen bezw. nach unten aussen.

Beim Lachen ist die linke Naso-labial-Furche weniger ausgeprägt als die rechte. Die Zunge wird gerade herausgestreckt und zittert nicht.

Pat. hat selbst gemerkt, dass sein Gedächtnis abgenommen hat. Appetit und Schlaf sind schlecht. Nachts wird er durch wilde Träume geängstigt, er fällt von einem Haus oder von einer Brücke ins Wasser; er glaubt sich von grossen Tieren, Hunden etc. gebissen, wacht dann erschreckt auf. Auch am Tage, wenn er still dasitzt, kommen manchmal Tiere an ihn heran, z. B. ein grosser Käfer mit Hörnern, der ihn beissen will; bei genauerem Hinsehen verschwindet die Erscheinung. Oft hat er das Gefühl, als ob ihn eine Fliege, eine Laus oder dergleichen steche. Seit einigen Tagen leidet er an heftigen Stirnschmerzen, trägt ausserdem wegen häufigen Ohrensausens, bei dem er leicht schwindlig wird, Watte im linken Ohr. Bei seiner Erzählung unterbricht er sich oft durch unmotiviertes Lachen, z. B. erinnere ich mich, dass er bei der Vorstellung in der Klinik vor sich hinlächelte, ja gradezu ein lautes Lachen unterdrücken musste, wie er körperlich untersucht wurde; nach dem Grunde des Lachens befragt, weiss er einen solchen nicht anzugeben, sagt aber, es sei ihm selbst schon aufgefallen, er müsse lachen. Weiter erzählt er, es sei ihm manchmal, wenn er nach Hause denke, als wenn man ihn bei Namen rufe; er hört die Stimme seines Bruders: „August, da bist Du ja auch!“ und dergleichen, oft so natürlich, dass er sich erstaunt nach dem vermeintlichen Sprecher umsieht.

Hereditär ist Pat. nicht belastet.

Bei diesem Pat. stehen ohne Frage die psychischen Anomalieen im Vordergrunde des Interesses. Hier haben wir es nicht mit einem Krankheitsbilde zu thun, in dem die auffallende Gemütsreizbarkeit oder die psychische Depression als Hauptsymptom in die Augen springen, sondern es sind mehr die Gesichts- und Gehörstäuschungen, die unser Interesse in Anspruch nehmen, und die wir als hallucinatorische Delirien hysterischen Charakters bezeichnen müssen. Weiterhin wird uns das höchst verdächtige unmotivierte Lachen als ein Zeichen beginnender Demenz imponieren müssen, treten doch häufig genug die ersten Anfangsstadien derselben

unter dieser Erscheinung auf. Auch die Abnahme der Gedächtniskraft und die allerdings erst sehr geringe Abnahme der Intelligenz deuten auf beginnende Demenz hin.

Dass hier das Trauma die directe Veranlassung der Erkrankung ist, bedarf wohl keiner weiteren Erörterung.

Nachtrag: Pat. wurde ungeheilt nach Dalldorf übergeführt.

VIII. Fall. Der am 14. December 1892 aufgenommene, 43 Jahre alte Kesselschmied F. Z. stammt aus einer sehr kinderreichen Familie, 5 Geschwister leben noch, 9 sind bereits erwachsen gestorben, z. T. im Kriege 1870/71 gefallen. Eine Schwester wurde im Anschluss an ein überstandenes Wochenbett und aus Gram über den kurz darnach erfolgten Tod ihres Gatten geisteskrank und starb 1874 in der Charité, ein Bruder litt an Melancholie und machte als 19jähriger Jüngling seinem Leben durch Suicidium ein Ende. Z. selbst machte den Krieg von 1870/71 mit, arbeitete dann als anerkannt sehr brauchbarer und pflichtgetreuer Kesselschmied, ist in sehr glücklicher Ehe verheiratet, der 14 Kinder entsprossen, von denen 9 leben. Er war immer gesund, nur wurde ihm infolge einer Phlegmone der 3. Finger der rechten Hand exarticuliert (1891). Am 30. 9. 1892 erlitt Pat. einen schweren Unfall: Bei Arbeiten an einer Brücke war er, in einer Vertiefung stehend, mit Nieten beschäftigt, und zwar hatte er bereits eingedrungene Nägel an ihrem Ende breitzuschlagen. Hinter und über ihm stand ein Arbeiter, welcher Nägel einschlug. Bei dieser Gelegenheit erhielt er von seinem Hintermanne aus Versehen mit dem ca. 5 Kilogramm schweren Hammer einen Hieb auf den Kopf, so dass er sofort bewusstlos zusammenbrach und stark aus der entstandenen Wunde, wie aus Nase und Mund, blutete. Als er nach einer halben Stunde wieder zu sich kam, war er bereits verbunden; er konnte den kurzen Weg zum Arzte nur mit Mühe und kräftiger Unterstützung zurücklegen, wo die am rechten Stirnbein befindliche, bis aufs Periost durchgehende Wunde vernäht wurde. Er ging noch zu Fuss nach Hause, wo er sich dann höchst ermattet (er fühlte sich „wie betrunken“) legte. Er verbrachte eine schlaflose Nacht

unter abwechselndem Schüttelfrost und Hitzegefühl und befand sich, wie auch noch in den folgenden Tagen, in einem benommenen und teilnahmlosen Zustande, in dem er fortwährend ein Tönen und Rauschen in den Ohren empfand „wie von einem Wasserfall“, ausserdem an nagendem Kopfschmerz in der rechten Stirn- und Schläfengegend litt. Seine Stimmung war indifferent, missmutig, Leben oder Sterben ihm einerlei. Nach Erzählung seiner Frau brütete er trübsinnig vor sich hin, schreckte manchmal plötzlich auf und hielt sich mit beiden Händen den Kopf. Der Appetit fehlte völlig.

Als er sich nach reactionsloser Verheilung der Kopfwunde nach Ablauf einer Woche wieder zur Arbeit begeben wollte, wurde er, indem er sich zum Anziehen der Stiefel bückte, plötzlich blass, bekam Zittern am ganzen Körper und wäre hingesunken, hätte ihn die Frau nicht gehalten. Darauf begannen krampfhafte Zuckungen in beiden Armen und der linken Gesichtshälfte; die Gesichtsfarbe wurde cyanotisch, vor den nach links verzogenen Mund trat Schaum, die Daumen ballten sich ein. Das Bewusstsein war erloschen, kehrte dann nach $^1/_4$ Stunde zurück. Anfälle dieser Art wiederholten sich später noch häufiger.

In der Zeit vor seiner Aufnahme in die Charité passierte es ihm öfter, dass er sich auf dem Wege verirrte; dreimal brach er bewusstlos zusammen und wurde von fremden Leuten nach Hause gefahren.

Der Befund bei seiner Aufnahme war folgender:

Über dem rechten Scheitelbein findet sich eine ca. 3 cm lange, nur wenig verschiebliche, vorn mit dem Knochen verwachsene Narbe, die an dieser Stelle schmerzhaft ist. Eine weitere sehr schmerzhafte Stelle lässt sich etwa 3 cm weiter nach hinten und aussen constatieren, woselbst sich eine deutliche Impression von Fingerkuppengrösse findet. Die Pupillen sind gleich und mittelweit. Reaction auf Lichteinfall und Convergenz ist vorhanden. Die Augenbewegung ist frei, bei allen Blickrichtungen, ausser der geradeaus, werden gleichnamige Doppelbilder ohne bestimmten Charakter gesehen, die in ihren Höhen- und Breitendifferenzen häufig wechseln. Das linke Ohr ist 1 cm länger als das rechte, das Trommelfell zeigt beiderseits Verkalkungen

in der peripheren Zone, zu beiden Seiten des Hammergriffs Vascularisationen. Die linke Naso-Labialfurche ist etwas weniger ausgeprägt als die rechte. Die Zunge wird ohne Zittern grade hervorgestreckt. Puls normal (64). An der rechten Hand fehlt der 3. Finger (s. o.). Kniephänomene beiderseits vorhanden. An der Aussen- bezw. Beugeseite des rechten Unterschenkels befindet sich je eine bohnengrosse, dellenförmige Narbe, von Schussverletzung mit Knochensplitterung aus dem Kriege herrührend. Die active wie passive Bewegung der Extremitäten ist unbehindert. Infolge des Fehlens eines Fingers der rechten Hand, sowie infolge der Schussverletzungen am rechten Bein ist die motorische Kraft der rechten Extremitäten verringert.

Das Gehörsvermögen ist beiderseits stark herabgesetzt, rechts fast geschwunden. Geruch fehlt rechts, links in geringem Grade vorhanden. Geschmacksempfindungen fehlen auf der linken Zungen- und Gaumenhälfte, rechts sind sie vorhanden. Das Gesichtsfeld erweist sich allgemein concentrisch eingeengt, sowohl für Weiss, wie für Farben. Pinselstriche werden rechts garnicht gefühlt, links sehr gut, die Grenze der Anästhesie reicht beim Vorgehen von links nach rechts noch 1 cm nach rechts über die Mittellinie, während bei umgekehrtem Vorgehen das Gefühl mit der Mittellinie abschneidet. Nadelstiche sind rechts nicht schmerzhaft (Analgesia dextra). Bezüglich des Muskel- und Gemeingefühls ergiebt sich, dass er bei geschlossenen Augen Berührungen mit Differenzfehlern bis zu 5 cm localisiert.

Der Gesichtsausdruck des Z. ist müde und leblos, seine Haltung schlaff, niedergedrückt. Auf Fragen antwortet er im allgemeinen sachgemäss, oft erst nach längerem Besinnen. Sich selbst überlassen, richtet er den Blick zu Boden, fährt bei Anrede wie aus einem Traume erwachend auf. In resigniertem Tone bringt er seine Beschwerden vor: Andauernder Kopfschmerz, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Schwindel- und Angstanfälle, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Gedächtnisabnahme. Der Kopfschmerz wird geschildert als bald hämmernd und pochend, bald „wie ruckweise Messerstiche“, letzteres namentlich nach geringen Anstren-

gungen auftretend (beim Bücken, Treppensteigen) oder nachts; das Sausen im Ohre wird dann zum Klingen und Rauschen, „wie ein Locomotivenpfiff oder ein Wasserfall“. Damit verbindet sich eine äusserst reizbare Stimmung, er gerät leicht in Wut, schilt und schimpft, „kann sich über die Fliege an der Wand ärgern“. Umgekehrt verstärken schon geringe Aufregungen die Kopfschmerzen und rufen charakteristische Schwindelanfälle hervor. Von den Füssen steigt ein taubes Gefühl hoch und zieht sich nach den Armen zu, Zittern und Angst überfällt den Körper („als wenn er etwas verbrochen hätte“), das Pochen in der Stirn wird stärker, vor den Augen beginnt es zu flimmern, er sieht grüne und namentlich rote Punkte und Funken. Dann bildet sich um ihn ein Kreis, der immer enger und enger wird, den Körper überläuft es siedendheiss, er verliert die Besinnung und ist schon öfter umgesunken oder aus dem Bett gefallen. Diese Anfälle treten besonders nachts auf, morgens wacht er dann mit dem Gefühl starker Benommenheit auf.

Bei weiterer Beobachtung zeigt der Pat. dauernd ein niedergeschlagenes, verstimmtes Wesen; er flieht den Verkehr, liest keine Zeitung, bringt auch spontan keine Klagen vor, sondern erst auf eindringliche Frage, um dann mit Thränen in den Augen der Hoffnungslosigkeit seines so früh der Familie und der Arbeit entzogenen Lebens Ausdruck zu geben. Das Gedächtnis hat sehr abgenommen, das Denken fällt ihm schwer, für nichts hat er mehr Interesse. Hier und da hat er Stunden, wo er für den stets erneuerten Zuspruch zugänglich ist, dann hellt sich seine Niedergeschlagenheit auf und er schöpft frischen Lebensmut, um dann alsbald wieder in seinen früheren Zustand zu verfallen. Sowohl vor wie nach den Anfällen besteht grosse psychische Benommenheit, er ist dann nicht im stande, die einfachsten Fragen zu beantworten, weiss die Namen seiner Kinder nicht, kann nicht angeben, wie lange er verheiratet ist und dergl. mehr.

Alle diese Erscheinungen nahmen während des Aufenthaltes im Krankenhause stetig zu. Es liess sich eine fortschreitende Gesichtsfeldseinengung constatieren, das Gehörsvermögen erleidet weitere Einbusse. Allmählich

stellt sich eine völlige Vertaubung der rechten Körperhälfte ein, die tiefsten Nadelstiche werden nicht empfunden, es ist ihm, „als wenn da alles hohl, überhaupt nichts da sei“. Das Gedächtnis schwindet in auffallender Weise, er erzählt seinen Lebenslauf stockend, mit vielen Auslassungen und Unrichtigkeiten, leichte Rechenaufgaben kann er nicht lösen.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass das beschriebene schwere Krankheitsbild, als dessen wesentliche Züge die tiefe psychische Depression und die auf epileptischer Basis beruhenden nervösen Symptome in die Augen fallen, eine Folge des oben geschilderten Unfalles sind. Es ist leicht einzusehen, dass die motorischen Centren der Hirnrinde in der verletzten Gegend bei dauerndem Reizzustand die geschilderten Krämpfe mit allen Folgeerscheinungen hervorrufen können. Prädisposition zu der geistigen Erkrankung ist vorhanden. Eine Besserung des Zustandes ist mit Sicherheit auszuschliessen, vielmehr ein weiterer Verfall seiner geistigen und körperlichen Kräfte zu befürchten.

Nachtrag. Er wurde als ungeheilt auf Wunsch in die Familie entlassen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, dem Geheimen Medicinalrat Herrn Professor Dr. Jolly für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Überlassung des Materials, sowie Herrn Professor Dr. Siemerling für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit und Durchsicht derselben meinen ehrerbietigsten und verbindlichsten Dank auch an dieser Stelle auszusprechen.

Litteratur.

Herm. Oppenheim: Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenklinik der Charité in den 8 Jahren 1883—1891 gesammelten Beobachtungen. Berlin.

Hartmann: Über Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. (Archiv für Psychiatrie XV, 98 ff.)

Plagge: Die Quellen des Irreseins und der Selbstmorde. Neuwied 1861.

Friedmann: Über Nervosität und Psychose im Kindesalter. (Neurologische Centralblätter 1892.)

v. Krafft-Ebing: Jahrbücher für Psychiatrie. Band X. Heft 2—3.

Hönig: Wiener medicinische Presse. No. 49, 50.

Dubois: Über traumatische Neurosen. (Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte XXI. No. 17 u. 18. 1891.)

Séglas: Le progrès médical. 36.

Strümpell: Über traumatische Neurosen. (Berliner klinische Wochenschrift 1893. No. 21, S. 508.

Th. Arnold: Observations on the nature, kinds and prevention of insanity, lucany or madness 1782.

P. Slade Knight: Observations on the causes, symptoms, and treatment of derangement of mind 1827.